

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions générales :

Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.

Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.

La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.

L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.

En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

## armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## diologie et Biologie :

La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.

Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

## optique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## ééducation :

L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.

Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

## dentaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.

La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.

La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

## Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

## Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

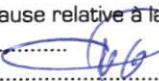
La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

19805

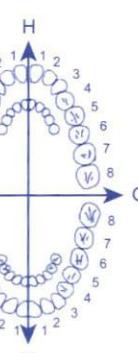
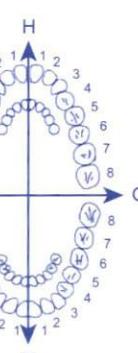
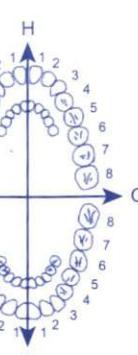
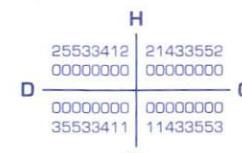
<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 02598	Société : RAM		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : Hajji Baba Fouad			
Date de naissance : 1951			
Adresse : 28 Rue 9 Juillet Fnaucerville 2, Casablanca 20330.			
Tél. : 0666731198		Total des frais engagés : 672,20 Dhs.	

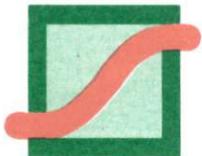
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 24/4/2021			
Nom et prénom du malade : Hajji Baba Fouad Age: 1951			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : hypertension			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :			
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.			



J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.  
Fait à : Casablanca le 25/4/2021  
Signature de l'adhérent(e) : 

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES						
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.						
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan d' 						
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient			
				COEFFICIENT DES TRAVAUX		
				MONTANTS DES SOINS		
				DEBUT D'EXECUTION		
				FIN D'EXECUTION		
	<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b> 	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			COEFFICIENT DES TRAVAUX	
					MONTANTS DES SOINS	
		<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS	
					DATE DE L'EXECUTION	
		<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>				
		<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>				



مَسْجِدَة دَار السَّلَام  
**CLINIQUE DAR SALAM**

Casablanca, le

01.02.2011

Dr. HILMI SAID BABAA FOUN

Co Dr. HILMI

22/02



DR. Said HILMI  
Professeur en NEUROCHIRURGIE  
Casablanca - INP : 091032193

PPV: 22DH20  
PER: 01/23  
LOT: K232



مُسْتَدِّعَات 24/24  
**URGENCES 24/24**

728, Bd. Modibo Keita Casablanca 20100 - Tél : +212 5 22 851 414 - Fax : +212 5 22 830 880 - E-mail : contact@cliniquedarsalam.ma  
www.cliniquedarsalam.ma - C.N.S.S. : 6387246 - Patente : 36372350 - I.F. : 1087352

# CLINIQUE DAR SALAM CASABLANCA

728, Bd. Modibo keita  
TEL 212 5 22 851 414 - 212 5 22 830 880  
CASABLANCA

## F A C T U R E

Numéro Facture	Date Facture	Nom du patient	Prise en charge	Période hospitalisation
202104126	24/04/2021	M. HAJJI BABA Fouad	Payant	24/04/2021 24/04/2021

Désignation des prestations	Observation	Lettres Clé	Nbre	Prix Unitaire	Montant DH
FRAIS CLINIQUE			1	50,00	50,00
<b>TOTAL CLINIQUE</b>					50,00

### AUTRES PRESTATIONS

DR. HILMANI SAID(NeuroChirurgien)			1	250,00	250,00
<b>TOTAL AUTRES PRESTATIONS</b>					250,00

Arrêtée la présente facture à la somme <b>TROIS CENTS DIRHAMS</b>	<b>TOTAL GENERAL</b>	300,00
--	----------------------	--------

service urgences  
clinique dar salam  
24/04/2021

مستعجلات 24 / 24 URGENCES

728, Bd. Modibo keita Casablanca 20100 -Tél : +212 5 22 851 414 - Fax : +212 5 22 830 880 - C.N.S.S. : 6387246 - Patente : 36372350 - I.F.: 1087352  
Attijari Wafa Banque Agence 2 Mars, RIB : 007 780 000000 122 5000356 68 - E-mail : contact@cliniquedarsalam.ma - www.cliniquedarsalam.ma  
ICE : 001660857000058

# CLINIQUE DAR SALAM CASABLANCA

728, Bd. Modibo Keita  
TEL 212 5 22 851 414 - 212 5 22 830 880  
CASABLANCA

## FACTURE

Numéro Facture	Date Facture	Nom du patient	Prise en charge	Période hospitalisation
202104165	26/04/2021	M. HAJJI BABA Fouad	Payant	26/04/2021 26/04/2021

Désignation des prestations	Observation	Lettres Clé	Nbre	Prix Unitaire	Montant DH
ECG			1	100,00	100,00
FRAIS CLINIQUE			1	50,00	50,00
<b>TOTAL CLINIQUE</b>					150,00

### AUTRES PRESTATIONS

DR. EQUIPE REANIMATION(ANESTH / REAN)			1	200,00	200,00
<b>TOTAL AUTRES PRESTATIONS</b>					200,00

Arrêtée la présente facture à la somme <b>TROIS CENT CINQUANTE DIRHAMS</b>	<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>350,00</b>
---	----------------------	---------------



مستجدلات URGENCES 24 / 24

728, Bd. Modibo Keita Casablanca 20100 - Tél : +212 5 22 851 414 - Fax : +212 5 22 830 880 - C.N.S.S. : 6387246 - Patente : 36372350 - I.F. : 1087352  
Attijari Wafa Banque Agence 2 Mars, RIB : 007 780 000000 122 5000356 68 - E-mail : contact@cliniquedarsalam.ma - www.cliniquedarsalam.ma  
ICE : 001660857000058